FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 30

DES

ÉRYTHÈMES BLENNORRHAGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 DÉCEMBRE 1892

PAR

Joseph-Marie-François PELLAN

ELÈVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Plouasne (Côtes-du-Nord), le 13 septembre 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN,	professeur,	*président,*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
DUBREUILH,	agrégé,	*juges.*
DE NABIAS,	agrégé,	*juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1892

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549625_0021

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

ANNÉE 1892-93 N° 30

DES

ÉRYTHÈMES BLENNORRHAGIQUES

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 DÉCEMBRE 1892

PAR

Joseph-Marie-François PELLAN

ELÈVE DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à Plouasne (Côtes-du-Nord), le 13 septembre 1865.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ARNOZAN,	professeur,	*président,*
VERGELY,	professeur,	*juges.*
DUBREUILH,	agrégé,	
DE NABIAS,	agrégé,	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Vve Cadoret
17 — RUE MONTMÉJAN — 17

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. PITRES..... Doyen.

PROFESSEURS :

MM. MICE..... / MERGET..... / AZAM..... } Professeurs honoraires.

Clinique médicale	MM. PICOT. / PITRES.
Clinique chirurgicale	DEMONS. / LANELONGUE.
Pathologie interne	DUPUY.
Pathologie externe	N.
Pathologie et thérapeutique générales	VERGELY.
Thérapeutique	ARNOZAN.
Médecine opératoire	MASSE.
Clinique obstétricale	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique	COYNE.
Anatomie	BOUCHARD.
Histologie et Anatomie générale	VIAULT.
Physiologie	JOLYET.
Hygiène	LAYET.
Médecine légale	MORACHE.
Physique	BERGONIÉ.
Chimie	BLAREZ.
Histoire naturelle	GUILLAUD.
Pharmacie	FIGUIER.
Matière médicale	PERRENS.
Médecine expérimentale	FERRÉ.
Clinique ophtalmologique	BADAL.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

SECTION DE MÉDECINE

Pathologie interne et Médecine légale	MOUSSOUS. / DUBREUILH. / MESNARD. / CASSAËT. / AUCHÉ.

SECTION DE CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

Pathologie externe	POUSSON. / DENUCE. / VILLAR.
Accouchements	RIVIÈRE. / CHAMBRELENT.

SECTION DES SCIENCES ANATOMIQUES ET PHYSIOLOGIQUES

Anatomie et Physiologie. MM. PRINCETEAU. / N. — Histoire naturelle. M. DE NABIAS.

SECTION DES SCIENCES PHYSIQUES

Physique	MM. SIGALAS.
Chimie et Toxicologie	DENIGES.
Pharmacie	BARTHE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clin. interne des enfants	MM. A. MOUSSOUS	Mal. du larynx, des oreilles et du nez.	MM. MOURE.
Clin. chir. des enfants.	PIÉCHAUD.	Maladies mentales....	N.
Clin. des mal. syphil. et cutan...	DUBREUILH.	Accouchements	RIVIÈRE.
Clin. des mal. des femmes.	BOURSIER.	Chimie	DENIGÈS
Clin. des mal. des voies urin....	POUSSON.		

Le Secrétaire de la Faculté, LEMAIRE.

« Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les » Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs » et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation. »

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA BONNE MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON ONCLE, LE DOCTEUR DELAROCHE

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNOZAN

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Officier d'Académie.

A MONSIEUR LE DOCTEUR T. PIÉCHAUD

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Officier d'Académie.

DES

ÉRYTHÈMES BLENNORRHAGIQUES

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, dans le cours de nos deux dernières années d'études devant la Faculté de Bordeaux, d'observer deux cas d'érythème blennorrhagique, et nous étant rendu compte de la rareté et de l'intérêt scientifique de cette localisation spéciale d'une maladie infectieuse, nous avons eu l'idée d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale; et, avec l'aide et les conseils de M. le Dr de Chapelle, chef de service de l'hôpital Saint-Jean, nous avons fait ce modeste travail que nous présentons aujourd'hui à l'indulgence de nos juges.

Nous remercions M. de Chapelle de l'intérêt qu'il nous a porté, et nous sommes profondément reconnaissant à M. le professeur Arnozan de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

DIVISION DU SUJET

Le sujet est divisé en cinq chapitres. Dans le premier nous faisons l'historique des érythèmes blennorrhagiques ; dans le second nous établissons par plusieurs observations leur étiologie ; dans le troisième nous décrivons leurs caractères ; le quatrième est consacré à la pathogénie et à la discussion des différentes théories émises sur le mode de production de ces éruptions ; dans le cinquième, enfin, nous nous occupons du diagnostic, insistant particulièrement sur la difficulté de ce diagnostic avec l'érythème copahivique.

HISTORIQUE

Jusqu'à la fin du siècle dernier la blennorrhagie a été confondue avec la syphilis et les autres maladies vénériennes. Il serait donc bien difficile de trouver dans les anciens auteurs des observations de manifestations cutanées se rapportant uniquement à la blennorrhagie.

Cependant avant que Ricord n'eût complètement limité la blennorrhagie, on lui soupçonnait déjà une existence à part, puisque les observations d'arthrite blennorrhagique remontent au siècle dernier.

Selle, dans son livre *Medicina clinica,* s'exprimait de cette façon : « Je me suis assuré par ma propre expérience et celle des autres que la matière gonorrhéique peut être absorbée et produire des douleurs aux articulations et des affections cutanées ».

Des éruptions cutanées ont été aussi signalées par Larrey et voici l'observation qu'il a publiée en l'an XII.

OBSERVATION I

(Larrey)

Un militaire, âgé de 26 ans, d'une constitution assez faible, n'avait jamais eu d'autre indisposition qu'une blennorrhée qui s'était guérie d'elle-même, lorsqu'il entra dans un hôpital pour y être traité d'une seconde gonorrhée plus grave que la première et accompagnée de tous les symptômes de la chaudepisse.

On mit d'abord en usage les rafraîchissants anti-spasmodiques, les bains, les sangsues. Ces moyens calmèrent les accidents et procurèrent du repos au malade.

L'écoulement devint plus abondant, mais il était fétide et de couleur verdâtre. On continua l'usage des bains à deux jours d'intervalle et la tisane mucilagineuse émulsionnée. On lui faisait prendre aussi le matin une cuillerée de la liqueur anti-syphilitique. L'écoulement était toujours abondant, et se soutint tel jusqu'à environ un mois après son entrée à l'hôpital.

Mais à cette époque un bain froid que le malade prit imprudemment supprima presque aussitôt l'écoulement; et, à la suite de cette suppression, il éprouva un mouvement de fièvre, des douleurs aux hypochondres, une constipation opiniâtre, une chaleur brûlante dans le bas ventre, des ardeurs d'urine, une grande sécheresse de peau.

Le lendemain toute la surface du corps était couverte d'une inflammation érysipélateuse très forte qui parcourut sa période et se termina du septième au neuvième jour par la suppuration. Celle-ci commença à la peau des mains et des pieds. L'épiderme se détacha, la suppuration était si abondante qu'elle nécessitait jusqu'à quatre pansements par jour; ils étaient faits avec des linges enduits de cérat. Les accidents de la fièvre se dissipèrent, et cette maladie devint en quelque sorte idiopathique.

Larrey injecta dans l'urèthre du pus pris aux mains et aux pieds du malade sans arriver à reproduire l'écoulement. La suppuration parut diminuer, mais persista, et enfin, après différents traitements, le malade sortit guéri de l'hôpital cinq mois après y être entré.

Cette observation de Larrey offre une netteté indiscutable. Le malade en puissance de chaudepisse eut un érysipèle phlegmoneux développé sous l'influence de la blennorrhagie; après des symptômes généraux assez graves l'éruption se fit jour.

Dans la fameuse discussion sur le rhumatisme blennorrhagique, à la Société médicale des Hôpitaux, Pidoux signala, en 1866, des éruptions cutanées dans la chaudepisse, éruption qu'il appela

lymphatico-herpétique, acné sebacea, impetigo, pityriasis, blépharite sécrétante, coryza, éruptions croûteuses des commissures labiales.

Dans la même discussion, Hervieux s'exprima ainsi : « Je vois dans la blennorrhagie une diathèse, une maladie générale, *totius substantiæ*, dont l'écoulement uréthral a été l'origine, la cause primordiale, et dont les douleurs arthritiques ne sont que des manifestations locales.

Comment s'établit la diathèse blennorrhagique ? Y a-t-il métastase ? pénétration directe du principe virulent dans les voies circulatoires ? Je l'ignore, mais ce que je sais, c'est que la blennorrhagie peut donner lieu à des manifestations très variées et très multiples : épididymite, ophthalmie, arthrites, éruptions cutanées, etc., qui ne sont explicables que par une infection du sang, une intoxication.

Selle, Cullerier, Pidoux, Hervieux, n'ont signalé que des faits observés superficiellement (éruptions lymphatico-herpétiques de Pidoux), ou n'ont exposé que des hypothèses (Hervieux) ; il faut arriver à ces dernières années pour trouver des documents plus complets et des faits mieux observés. Nous signalerons les thèses de Roudaire, d'Andret, de Bès, de Mesnet, les observations de Landouzy, Balzer, de Molènes, Tenneson, Voituriez. Et encore parmi les faits rapportés par ces auteurs tous sont loin d'avoir la même importance ; il faut d'abord éliminer ceux dans lesquels les éruptions se sont produites alors que les malades prenaient du copahu ou du cubèbe, et il ne reste plus qu'une trentaine d'observations connues auxquelles nous pouvons joindre celles qui nous sont personnelles.

ETIOLOGIE

La femme paraît être, beaucoup moins que l'homme, sujette aux éruptions blennorrhagiques.

Dans les thèses de Bès, Roudaire, dans celles d'Andret, de Mesnet, aussi bien que dans les observations de Voituriez, de Molènes, Tenneson, Ménard, Balzer, il ne s'agit que d'individus du sexe masculin. Les quelques observations relatives au sexe féminin ont été rapportées par Klippel.

Voici d'ailleurs ces trois observations.

OBSERVATION II

(Klippel)

Femme de 18 ans, blennorrhagie uréthrale et vaginale, éruption polymorphe sur la face et les membres (papules, vésicules, bulles et pustules); à la partie inférieure du sein du droit, ulcération de 0,02 à 0,03 de largeur, entourée d'une zone inflammatoire provenant d'abcès sous-cutanés; un autre abcès plus petit, un peu au-dessous de l'ombilic. L'éruption et les abcès se sont produits un peu après l'écoulement blennorrhagique et sans cause apparente. Etat général satisfaisant, pas de fièvre, aucun trouble des diverses fonctions.

M. Klippel considère comme caractéristique la tendance à la suppuration de la vésico-pustule qui établirait une transition entre la papule, la vésicule et l'abcès; il rapproche les abcès des arthrites suppurées que l'on peut observer dans la blennorrhagie.

OBSERVATION III

(Klippel)

Jeune femme de 21 ans, atteinte de blennorrhagie.

L'uréthrite et la vaginite n'étant pas encore guéries, survient un érythème papulo-noueux (nodosités du volume de la moitié d'une noix à la partie antérieure des jambes, sur les bras et sur les avant-bras), quelques papules disséminées. Des poussées successives de la même maladie se produisent ainsi sans fièvre ni état gastrique jusqu'au commencement de juillet. Le 18 de ce mois, alors que toutes les affections précédentes avaient disparu, et sans qu'aucun médicament interne eût été donné, survient un érythème rubéoliforme qui se généralisa, après avoir débuté par la face antérieure des avant-bras, la face interne des cuisses, et avoir gagné les bras, les jambes et le tronc. Pas davantage de fièvre. L'éruption continue à exister le 19, le 20, elle disparaît le 24.

OBSERVATION IV

(Klippel)

Femme de 18 ans, atteinte de syphilides papulo-hypertrophiques érosives sur la grande lèvre gauche, herpès polycyclique sur la grande lèvre droite.

L'érythème a débuté il y a 14 jours; il est constitué par des papules rouges, douloureuses, au nombre de cinq ou six d'abord, puis de vingt, sur les jambes; sur les bras et avant-bras, dix papules. En même temps, fièvre, courbature, céphalalgie, anorexie, embarras gastrique; 7 jours après, tout érythème a disparu, la blennorrhagie persistant.

Cette rareté de détermination chez la femme est bien plus considérable encore que celle qui a été constatée pour le rhumatisme

et l'ophthalmie. Est-ce tout simplement parce que la blennorrhagie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme ou faut-il, avec divers auteurs, admettre que ces complications se montrent surtout avec l'uréthrite, et que la disposition anatomique, la surface uréthrale beaucoup plus inégale chez l'homme, rendent la généralisation de la blennorrhagie plus facile et la sécrétion virulente plus commune chez l'homme que chez la femme ? Ou bien faut-il penser, comme le dit Perrin, que les dermopathies blennorrhagiques n'ont pas de caractères spécifiques assez prononcés pour qu'à leur examen le médecin soit porté à soupçonner chez la malade observée l'existence d'une blennorrhagie, alors même que celle-ci n'en parle pas ou cherche à la dissimuler ?

L'âge ne paraît pas avoir une grande influence ; d'ailleurs il est en rapport avec l'époque de la vie où la blennorrhagie est le plus fréquente ; il varie entre dix-huit et trente ans. Dans le cas de Ménard, le malade avait 45 ans.

OBSERVATION V

(Ménard)

Homme de 45 ans, atteint de blennorrhagie à la fin de mai 1885. Vers le milieu d'août, écoulement presque tari, mais depuis trois jours, le malade est alité; céphalalgie, fièvre, malaise général. Sur tout le tronc, il y a une éruption généralisée assez semblable à la scarlatine; sur les membres supérieurs, l'éruption est moins prononcée; le lendemain, pâleur de l'éruption sur le tronc, mais elle est augmentée sur les membres où elle présente l'aspect rubéolique. Pas de prurit; fièvre moins intense. Le surlendemain, desquamation sur le tronc; éruption pâlie aux membres supérieurs, mais sur les cuisses poussée érythémateuse.

Peu de fièvre; toutefois abattement, deux épistaxis, langue blanche, anorexie complète.

Les jours suivants, l'érythème est en pleine desquamation.

Le 21 août, fièvre très forte, orchite droite. Quinze jours après, stomatite ulcéro-membraneuse.

D'autres circonstances étiologiques paraissent jouer un rôle plus manifeste; ce sont les conditions individuelles, les excès, les fatigues et l'apparition souvent concomitante d'autres complications, telles que orchite ou arthropathies.

OBSERVATION VI

(Ballet)

Homme de 25 ans. Blennorrhagie en novembre 1881, traitée par le copahu; à la fin du mois de décembre, il ne reste plus qu'un léger suintement. Au milieu de janvier 1882, à la suite d'une soirée d'excès et de fatigue, recrudescence de l'uréthrite, orchi-épididymite droite qui est en voie de disparition le 13 février.

Après quelques malaises légers ressentis le 11 et 12, le 13 février le malade est pris de fièvre intense avec céphalalgie et épistaxis; le 14, température, 40,5. On croit à une fièvre typhoïde.

Le 15, début de l'éruption qui, le 16, est complète, non prurigineuse et présente sur le tronc l'aspect scarlatiniforme et, sur les membres, l'aspect rubéoliforme. Disparition au bout de 24 heures de l'éruption qui est suivie de desquamation furfuracée.

OBSERVATION VII

(Voituriez)

Homme de 25 ans. Blennorrhagie au commencement de juillet 1889; le 17 juillet, après une marche prolongée, orchite à droite; le 27, le malade se plaint de malaise général et de gêne dans la déglutition : rougeur

intense des piliers du voile du palais et de l'amygdale gauche, luette tuméfiée; le 29, persistance de la rougeur et du gonflement de la gorge et apparition au niveau de la région hypogastrique et des aines d'une plaque d'un rouge vif pas prurigineuse. Le 30 et le 31, l'éruption progresse et s'étend sur le tronc, les cuisses et le dos; peu abondante au niveau des coudes, des aisselles; la face et le cou sont indemnes. L'éruption est constituée par de nombreuses taches rosées, confluentes en certains points pour former de grandes plaques, mais, en d'autres, séparées par des intervalles de peau saine. Le 3 août, l'éruption commence à disparaître au point où elle a commencé; le lendemain, disparition totale et desquamation furfuracée. Le malade prend la potion de Chopart qui n'amène pas de nouvelle éruption.

L'éruption peut se rencontrer en même temps que certaines arthropathies qui pourraient faire croire à la nature rhumatismale de l'épiderme. Mais si l'érythème passe, et à juste titre, pour être une complication fréquente du rhumatisme, il n'est pas forcément rhumatismal, attendu qu'on le rencontre souvent chez des blennorrhagiques qui n'ont aucune manifestation articulaire et chez des femmes atteintes de vaginite et de leucorrhée sans existence d'arthrite.

Dans certaines circonstances cependant le diagnostic sera des plus difficiles, et il sera presque impossible de démêler ce que l'éruption peut avoir de blennorrhagique de ce qu'elle a de rhumatismal.

OBSERVATION VIII

(Bès)

C... (Louis), charretier, âgé de 17 ans, tempérament lymphatique, bonne constitution. Le malade a toujours joui d'une bonne santé. Son père et sa mère s esont constamment bien portés.

Contracte une blennorrhagie en décembre 1871, celle-ci a à peu près

complètement disparu vers la fin de janvier 1872, mais il accusait alors un malaise général.

Le 3 février, il s'aperçoit de douleurs cuisantes aux jambes, lesquelles sont couvertes de plaques rouges, larges, malaise général plus accentué. Un médecin croit à un érysipèle en voie d'évolution. Bientôt les articulations du genou sont prises toutes deux, douloureuses. On constate un épanchement assez important dans ces articulations. On ordonne le repos absolu, des cataplasmes émollients.

7 février : Le malade va un peu mieux; mais la coloration des plaques et des nodosités n'a pas changé.

11 février : Etat amélioré, les plaques ont passé au jaune, certaines ont disparu.

15 février : Les nodosités érythémateuses seules persistent, mais sans rougeur. Plus d'élancements. Nuits bonnes. Appétit revenu.

17 février : Le malade sort.

La condition individuelle, la nature du terrain, est un élément important et de premier ordre dans la production des érythèmes. S'il était de l'essence de la blennorrhagie de produire à elle seule des manifestations cutanées, ce n'est pas une vingtaine d'observations mais des centaines que nous aurions à compter. Cette question du terrain a d'ailleurs depuis longtemps attiré l'attention d'observateurs éminents tels que Diday, Mauriac, Besnier qui, dans une étude récente sur les érythèmes, fait observer que tous les individus ne sont pas également atteints. Chez la plupart des individus érythémateux, la condition individuelle prédisposante est innée, constitutionnelle; souvent manifestée dès l'enfance par une aptitude particulière à toutes les dermatoses prurigineuses de cet âge, elle est alors permanente. Dans d'autres circonstances, la disposition préalable peut être acquise et alors transitoire, développée sous l'action d'un état morbide protopathique, lequel préside à toute une série de manifestations cutanées d'ordre

secondaire, érythème multiforme secondaire, par opposition aux érythèmes idiopathiques ou primitifs.

Cette notion de la condition individuelle, prédisposante nécessaire n'exclut pas le rôle des causes banales dont nous avons déjà parlé; celles-ci ne créent pas l'érythème de toutes pièces; elles mettent en jeu l'aptitude morbide, provoquent la détermination ou placent l'individu dans un état de résistance moindre qui permet l'évolution de l'élément pathogène.

Tout en tenant compte de la condition individuelle, il faut remarquer que l'on ne voit pas, pour les accidents cutanés, ce que l'on observe au sujet des accidents articulaires, pour lesquels certains sujets présentent une prédisposition inconnue mais réelle, voyant revenir à chaque nouvelle blennorrhagie une arthropathie. Rien de semblable en ce qui concerne les accidents cutanés. Dans nos observations, nous voyons nombre de malades atteints plusieurs fois de blennorrhagie et n'avoir qu'une seule éruption érythémateuse. L'observation suivante tirée de la thèse de Mesnet en est un exemple :

OBSERVATION IX

(M. de Molènes)

X..., négociant, âgé de 24 ans, vient le 30 juin 1884 consulter M. de Molènes, interne des hôpitaux, pour une complication survenue dans le cours d'une blennorrhagie qui remonte à 15 jours.

C'est un grand garçon robuste, mais manifestement arthritique : il a eu des migraines, des angines fréquentes, de l'hyperhydrose; il présente une tendance à l'obésité. Père bien portant, sauf quelques accès de goutte; la mère, migraineuse, très forte, n'a jamais eu d'affection cutanée.

En 1880, il y a trois ans, première blennorrhagie avec écoulement abondant. Durée : trois mois, pendant lesquels le malade ressentait de la cour-

bature et des douleurs insolites aux membres inférieurs. Le malade ne pouvait supporter le copahu qui lui causait du dégoût.

Il y a un mois et demi, à l'occasion d'un voyage d'affaires, surmenage extrême ; la blennorrhagie éclate de nouveau. Absence presque complète de soins et de précautions de la part du malade.

Le 1er juin, migraine violente, malaise. Le lendemain matin, en se levant, le malade constate l'existence, sur le devant du thorax ainsi que sur les membres, de nombreuses petites taches rouges non saillantes.

Le lendemain, ces taches avaient les dimensions d'une pièce de cinquante centimes, assez confluentes. Prurit intense. Traits tirés, peau chaude.

La peau du tronc et des membres présente une coloration jus de cerise, scarlatiniforme, avec de petites zones de peau normale non colorée.

Le malade n'avait pris aucune substance qui eût pu déterminer l'éruption en question.

5 juin : L'éruption a disparu, en commençant par pâlir ; desquamation furfuracée et très fine sur les parties qui étaient atteintes par l'éruption.

10 juin : Plus d'éléments éruptifs. La desquamation a cessé.

En dehors des différentes circonstances adjuvantes et prédisposantes que nous avons signalées, on peut dire d'une manière générale que l'époque d'apparition des accidents cutanés n'a rien de fixe, rien de déterminé : elle se montre quelquefois au début de la blennorrhagie, parfois dans le cours de celle-ci, ou même après la période aiguë de la maladie alors qu'il ne reste qu'un écoulement séreux, une légère blennorrhée. Cependant l'éruption apparaît plus volontiers, semble-t-il, lorsque la blennorrhagie est dans sa phase active, vers la troisième ou quatrième semaine, ou encore lorsque l'écoulement devient plus abondant en même temps que plus purulent. Quant à cet écoulement lui-même, il ne subit aucune modification de nature ni d'insensité par le fait de l'éruption qui évolue pour son propre compte.

SYMPTOMATOLOGIE

Les éruptions cutanées de la blennorrhagie ne présentent aucun caractère spécifique capable d'indiquer la nature réelle de la maladie qui les a produites. Toutefois il est un type qu'elles affectent de préférence, c'est le type érythémateux. Ce dernier est caractérisé par la présence de taches rouges, se terminant dans l'espace de quelques jours par résolution et desquamation, plus rarement par vésiculation.

L'éruption envahit les membres, la face, le tronc; les taches sont disséminées, assez nettement délimitées, leurs dimensions sont variables, leur coloration rouge vif, elles sont plus foncées au centre où elles sont rouge bleu qu'à la périphérie, ces taches sont plates ou légèrement saillantes, elles disparaissent sous la pression du doigt. Parfois ces taches pâlissent au centre tandis que le bord rouge circulaire persiste et s'étend, l'érythème prend alors la forme annulaire; si plusieurs cercles se rencontrent, il pourra se former de véritables placards à bords festonnés plus ou moins irréguliers. D'autres fois, des taches hémorrhagiques se présentent au centre et avant de se résorber passent par toutes les teintes de l'ecchymose.

Il peut arriver que la tache primitive prenne la forme papuleuse et devienne plus saillante, dans ce cas le prurit semble plus considérable en même temps que la consistance des éléments éruptifs est plus grande. Aussi souvent ces papules sont elles le siège de lésions de grattage qui les détruisent et font paraître à leur place

des croûtelles sanguines brunâtres. Ce processus éruptif est extrêmement rare, jamais nous ne l'avons observé.

Les taches primitives peuvent devenir saillantes et prendre la forme de l'érythème noueux avec des nodosités de la grosseur d'une noisette, arrondies, bien limitées, fermes, de couleur livide ou rouge pourpre, douloureuses à la pression, se terminant par la résolution et ayant leur siège d'élection sur la face antérieure des jambes (observation VIII).

Le plus ordinairement limitées à la peau, ces éruptions peuvent aussi se montrer sur les muqueuses, du côté du pharynx (angine érythémateuse), rarement du côté de la conjonctive et plus rarement encore du côté du larynx.

En ce qui concerne la sensibilité cutanée, le plus souvent on ne constate que quelques démangeaisons le premier ou le second jour de l'éruption ; souvent même ces démangeaisons n'existent pas. Ordinairement, les taches sont indolentes à la pression sauf dans le cas d'érythème noueux.

Ces éruptions sont généralement éphémères et fugaces, sauf dans les cas où l'érythème simple devient vésiculeux ; elles disparaissent le plus souvent par résorption simple, mais sont suivies assez fréquemment d'une desquamation furfuracée. Leur durée est en moyenne d'un septenaire, huit à dix jours au maximum. Elles sont précédées habituellement par des prodromes d'intensité variable : on constate un mouvement fébrile assez vif, la température oscillant entre 38° et 40,5, accompagnées de céphalalgie, de courbature générale, de lassitude, d'inappétence; quelquefois les phénomènes du début sont assez accentués pour faire croire à une fièvre typhoïde (observation VII), ou à une variole (observation XII), ou à la scarlatine (observation X personnelle).

Ordinairement le malaise est peu intense et le malade n'est pas obligé de garder le lit. L'éruption une fois constituée, les phénomènes généraux ne tardent pas à disparaître.

OBSERVATION X (personnelle).

François X..., boulanger, âgé de 23 ans, entre le 23 mai 1892 dans le service de M. le Dr de Chapelle pour blennorrhagie contractée il y a quinze jours.

Antécédents héréditaires : Père et mère bien portants, cette dernière rhumatisante, plusieurs frères et sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels : Le malade est d'une bonne constitution. Il n'a jamais eu d'affection sérieuse, si ce n'est la rougeole dans son enfance; depuis aucune maladie éruptive. Est sujet aux migraines et au coryza, cependant n'a jamais souffert des articulations. A déjà eu une première blennorrhagie l'année dernière traitée par des injections de vin aromatique, lesquelles lui avaient été conseillées par un pharmacien; cette blennorrhagie a duré un mois et a été compliquée d'orchite à droite, orchite qui a laissé au niveau de la queue de l'épididyme un léger noyau d'induration. Pas d'autres accidents vénériens.

Le malade se plaignant encore de douleurs assez vives pendant la miction, quoique sa chaudepisse soit déjà à son quinzième jour on lui fait prendre seulement du bicarbonate de soude.

27 mai : Le malade se plaint d'insomnie, d'agitation pendant la nuit. Il tousse un peu, mais ne présente rien d'anormal à l'appareil respiratoire ; il accuse une extrême faiblesse qui l'oblige à garder le lit. Céphalée, rougeur de la langue; pas de douleurs aux articulations.

28 mai : L'écoulement est abondant et franchement purulent. Les phénomènes généraux qu'accusait d'abord le malade n'ont pas diminué d'intensité. Il est faible, fatigué, déprimé, son pouls est rapide. Céphalée toujours violente.

On constate sur les téguments la présence d'éléments éruptifs surtout marqués aux membres inférieurs et à l'abdomen. Cette éruption qui n'accompagne aucune démangeaison, affecte au thorax et à l'abdomen la forme de l'éruption scarlatine la plus typique; elle forme de véritables pla-

ques à teinte rosée, uniforme, et tranchant nettement sur les téguments sains du voisinage. Aux membres inférieurs on ne trouve pas de placards, mais des taches à dimensions très variables, les unes larges comme une pièce de cinquante centimes, les autres comme une tête d'épingle; leurs contours sont irréguliers, elles disparaissent sous la pression du doigt et présentent une légère élevure sensible seulement au toucher. Aux membres supérieurs quelques taches isolées peu nombreuses avec mêmes caractères.

Les phénomènes généraux et les plaques observées font penser à la scarlatine.

29 mai : La fièvre est moins vive, la température axillaire est de 38°; le pouls bat à 90 pulsations. Céphalée. Mêmes caractères de l'éruption.

30 mai : La nuit a été très calme. Plus de fièvre; l'éruption a en grande partie disparu, sur le tronc elle s'est fragmentée et les placards du début sont déchiquetés, divisés en taches secondaires que séparent des espaces de peau saine. Sur les membres les taches ont considérablement pâli.

1er juin : La disparition de l'érythème est complète ; au niveau des taches, il ne reste plus qu'une légère desquamation furfuracée et peu apparente. L'état général est très bon, l'appétit revenu, le malade ne souffre plus de la tête; il se lève.

L'écoulement ne s'est pas modifié pendant l'évolution de l'érythème; il est toujours aussi abondant et chargé de pus. Cependant le malade ne souffre plus en urinant.

On ordonne l'opiat au copahu et au cubèbe. Ce traitement est très bien supporté : aucune éruption nouvelle ne se manifeste et le malade sort quinze jours après, complètement guéri de sa blennorrhagie.

OBSERVATION XI (personnelle).

E... (Auguste), âgé de 25 ans, manœuvre, entre le 23 juillet 1891 à l'hôpital Saint-Jean, pour orchite blennorrhagique.

Le malade est très bien constitué ; il jouit habituellement d'une excellente

santé, et n'a jamais fait de maladie sérieuse. Il ne paraît pas être arthritique. Cependant son père est goutteux et a de fréquents accès. Sa mère se porte bien.

Il y a quatre ans, il contracta sa première blennorrhagie, la traita par des injections et la vit guérir au bout de quelques semaines. L'année dernière, seconde blennorrhagie que le malade ne se donna pas la peine de traiter. L'écoulement fut peu abondant pendant le premier mois, ne donnant lieu qu'à quelques gouttes peu épaisses et visibles le matin seulement. Il y a un mois et demi, à la suite d'excès de tous genres, l'écoulement presque tari reprit avec l'intensité des écoulements aigus; il devint épais, verdâtre, s'accompagnant de douleurs fort vives pendant les mictions.

Le malade se soigna par la tisane de graine de lin; les douleurs diminuèrent et l'écoulement devint moins abondant. Mais il y a quelques jours, il ressentait de violentes douleurs dans la région testiculaire droite; une orchite se déclara qui décida le malade à demander son admission à l'hôpital.

A son entrée, on constate l'existence d'une orchite volumineuse et très douloureuse à droite; l'écoulement est légèrement purulent, très peu abondant. Le malade est consigné au lit. Sur la partie malade, on applique de la pommade résolutive à l'iodure de potassium et à l'iodure de plomb.

1er août : Le malade a passé une nuit agitée; il s'est réveillé avec la tête lourde et un malaise général; pas de fièvre. Il attire notre attention sur de petites taches rouges non saillantes, apparues sur la face antérieure de son thorax. Ces taches ne sont nullement prurigineuses, le malade ne ressent aucune démangeaison, seulement l'éruption l'inquiète : il a vu dans la salle autour de lui plusieurs syphilitiques, il craint d'avoir la roséole.

2 août : Les taches sont plus nombreuses et plus rouges, de dimensions variables. Les unes sont comme de petites lentilles, d'autres arrivent aux dimensions d'une pièce de cinquante centimes. Au niveau du sternum, un certain nombre de ces taches se touchent et forment un placard irrégulier, grand comme la paume de la main. Elles ne sont plus limitées seulement au tronc, mais on en trouve jusque sur le cou et les cuisses. Le malade

accuse à leur niveau quelques démangeaisons légères. En examinant de fort près et minutieusement, il est possible de distinguer sur le front de tout petits éléments formant un piqueté rouge non saillant.

Les piliers du voile du palais sont légèrement rouges, ainsi que la voûte palatine. Pas de gêne dans la déglutition.

Pas de fièvre, ni inappétence. Pas de douleurs, ni de gonflements articulaires. Rien au cœur. Le malade n'a jamais eu aucun accident de syphilis.

3 août : L'éruption a notablement pâli. Sur le front, on ne distingue même plus rien. Aucune démangeaison.

4 août : L'éruption a complètement disparu au niveau des membres; encore un placard rosé au niveau du sternum. Etat général excellent. Le malade mange bien et n'a plus de céphalée.

6 août : Il ne reste plus de l'éruption qu'une légère desquamation furfuracée, inappréciable au niveau des membres, plus marquée au niveau de la poitrine. Coloration normale des piliers et de la voûte palatine.

10 août : Le malade reste encore trois semaines à l'hôpital pour son orchite. On lui donne de l'opiat au copahu et au cubèbe, et malgré ce traitement aucun élément éruptif ne fait son apparition.

OBSERVATION XII

(Balzer)

Un individu de 20 ans est atteint de blennorrhagie. Le 30 janvier 1883, le malade est pris d'une violente courbature avec rachialgie, céphalalgie intense, anorexie, coryza et conjonctivite. Le 5 février, facies typhique, abattement, langue sèche, température, 40,2 le soir; éruption érythémateuse sur tout le corps, sauf la plante des pieds et la paume des mains, surtout intense à la partie supérieure des cuisses et sur les fesses, moins forte aux membres supérieurs, plus discrète sur le tronc et la face, constituée par des papules rouges, saillantes, arrondies, de largeur variable, isolées et disséminées en certains points, ailleurs groupées en demi-cercle.

Erythème du voile du palais et de l'isthme du gosier, hyperhémie de la conjonctivite.

Rate augmentée de volume. Râles sibilants et ronflants à l'auscultation. Albumine dans les urines.

Du 5 au 9 février, la température oscille entre 40,4 et 39,2.

Etat typhique jusqu'au 13.

A partir du 14, l'éruption disparaît, desquame le 16.

L'état général est bon ; le 18, guérison.

Le 20 février, on prescrit du copahu qui est bien toléré.

Nous rapportons l'observation suivante due à M. Raynaud, interne de l'hôpital civil d'Alger, et qui a été publiée dans les *Annales de dermatologie* de 1891. Cette observation est intéressante par les caractères variés qu'à présentés l'éruption, laquelle a pris successivement les types scarlatiniforme, rubéoliforme, herpétiforme et eczémateux. Ces éruptions ont coïncidé avec des recrudescences dans l'écoulement blennorrhagique et sont survenues sans qu'aucune médication ait pu être mise en cause.

OBSERVATION XIII

(Raynaud)

P. A..., 22 ans, entre à la clinique des maladies syphilitiques, le 18 mai 1886, pour une blennorrhagie contractée en 1885 qui a toujours donné un léger suintement et qui a pris une nouvelle recrudescence depuis cinq mois. Les ganglions inguinaux sont enflammés.

Injections de permanganate, cubèbe, iodure de potassium.

21 mai : Eruption scarlatiniforme intense d'un rouge vif sur tout le corps, moins le visage et les extrémités. La teinte s'efface un peu à la pression. Pas de prurit, pas de fièvre.

Le malade prétend avoir eu des rougeurs semblables quelques jours auparavant sur les mains; elles auraient duré 48 heures.

On pense à une éruption médicamenteuse et l'on supprime cubèbe et iodure. L'érythème disparaît en quelques jours par une légère desquamation.

29 mai : Poussée nouvelle, rosée, scarlatiniforme.

La figure et les mains sont surtout atteintes.

Sur les membres, papules rubéoliques.

1er juin : Desquamation, nombreuses vésicules miliaires sur le visage, la face dorsale des mains et au voisinage de l'adénite. Tous les ganglions tangibles du corps sont hypertrophiés. Gonocoques dans le pus uréthral. Pas de fièvre.

10 juin : Les squames s'enlèvent par lambeaux comme des doigts de gants, avant que la couche cornée soit reformée. Cet érythème semble se transformer en une dermatite exfoliatrice.

Ecoulement moins abondant.

12 juin : Nouvelle poussée eczémateuse, cette fois aux aisselles, aux plis du coude et de l'aine; prurit intense.

10 août : Le malade vient de voir à peine finir son érythème. On lui a ponctionné un bubon à droite et un à gauche. Il a eu de l'otite qui a cédé à des injections boriquées.

5 septembre : Guérison complète. Sortie.

On a signalé aussi, parmi les éruptions blennorrhagiques, des cas de purpura. Ces cas sont rares, peu concluants. Dans la thèse de Bès, par exemple, nous trouvons un malade atteint de purpura et dont la blennorrhagie était guérie depuis deux mois. Ce malade était tuberculeux; il avait des douleurs articulaires, et c'est en même temps que ces douleurs que l'érythème avait pris naissance.

Dans l'observation de Mathieu, la blennorrhagie datait d'un mois. Le malade, un ouvrier ciseleur, a pendant huit jours des

douleurs dans les jambes, de la céphalalgie, un peu de fièvre; et quand il vient à l'hôpital on constate une éruption purpurique sur les membres inférieurs.

Les autres observations ne nous paraissent pas plus probantes. Elles ont été recueillies : deux par M. Lailler, une par M. Ricard, une par M. Feulard, une par M. Raynaud. Cette dernière nous semble plus concluante que les autres : nous la citerons à la fin de ce chapitre.

Les éruptions purpuriques paraissent résulter de la fatigue, du surmenage, des excès de toute sorte, plutôt que de la chaudepisse. Celle-ci agit à titre de cause adjuvante, par la débilitation, la dépression morale qu'elle produit chez certains sujets blennorrhagiques; mais il nous semble difficile qu'elle puisse produire à elle seule un purpura. Ce que l'on peut observer, c'est un érythème blennorrhagique, qui, au lieu de rester simple, peut devenir hémorragique, quand le mouvement congestif sur le tégument externe est d'une violence et d'une généralisation excessives, et qui, de même, peut dans d'autres circonstances, prendre une autre forme et devenir par exemple vésiculeux.

OBSERVATION XIV

(Raynaud)

B. C..., 17 ans, entre le 12 juillet 1888 à Saint-Damiens ; pas de syphilis ni de rhumatismes. Blennorrhagie datant du 1er juillet et accompagnée d'un paraphimosis volumineux. Erections violentes.

Traitement par l'opiat, le bromure et le camphre.

24 juillet : Le malade qui depuis quelques jours se plaignait de fièvre présente une magnifique roséole confluente sur diverses parties du corps. Rougeur intense sans papules. Le malade ne prend plus que de la quinine

et à faible dose. On reconnaît aussi une pharyngite aiguë. Nuage d'albumine dans les urines. On pense à la scarlatine.

4 août : L'éruption, après avoir pris une teinte plus sombre pâlit, puis s'efface sans desquamation ni prurit.

20 août : Le malade, après avoir eu une cowpérite intense, voit son état amélioré et le 3 septembre il sort.

PATHOGÉNIE

Pendant longtemps les éruptions survenant dans le cours de la blennorrhagie ont été considérées comme des érythèmes médicamenteux, de véritables toxidermies. Ce n'est que depuis ces dernières années que l'on commence à se méfier de la facilité avec laquelle on mettait en particulier l'étiquette d'érythème copahivique. Les anciens auteurs regardaient, en effet, d'une part la blennorrhagie comme une maladie locale, d'autre part, les balsamiques comme formant dans l'organisme certains composés nuisibles au principe virulent de la chaudepisse; il paraissait donc évident que ceux-ci devaient empêcher toute nouvelle manifestation blennorrhagique de se produire; s'il s'en produisait une, une éruption par exemple, les balsamiques seuls étaient incriminés.

Nous ne voulons pas nier l'existence de cet érythème copahivique, mais nous pensons que bien souvent on a décrit sous ce nom des éruptions cutanées qui reconnaissaient une autre cause. D'ailleurs l'explication des anciens auteurs semble aujourd'hui beaucoup moins admissible. Voici ce que dit M. Besnier à propos des érythèmes médicamenteux en général. « Les médicaments étant d'ordinaire administrés parce qu'il existe un état pathologique constitué, aigu, subaigu ou chronique, l'érythème qui survient chez un malade traité par un médicament capable d'irriter le système névro-musculaire de la peau est-il bien le résultat de cette action médicamenteuse, et ne peut-il pas provenir soit de la maladie préexistante, soit d'une altération humorale secondaire ? Cela mérite d'autant mieux considération que ces érythèmes

médicamenteux sont en définitive rattachés étroitement aux intolérances personnelles et que bien peu d'entre eux ont quelque spécificité objective, exclusive et propre, assez nette ou assez connue pour constituer un signe de certitude. Si l'on considère, d'autre part, que la plupart des maladies dans lesquelles on observe les érythèmes médicamenteux peuvent provoquer de toutes pièces, à titre d'affections secondaires, des érythèmes de semblable caractère, on aura entrevu la difficulté du problème ».

Relativement au nombre considérable de malades qui prennent du copahu, il est rare de voir se produire un érythème. Il est probable que ce copahu, en temps qu'agent toxidermique, ne réalise l'éruption cutanée que chez certains individus prédisposés, et que, de plus, il n'est pas directement pathogène, il paraît trouver dans le terrain blennorrhagique un élément spécialement favorable.

En effet, il est assez remarquable d'observer que ce médicament ne provoque pas d'éruption quand il est administré dans d'autres affections que la blennorrhagie. Il a été employé contre le tænia inerme, dans l'iritis syphilitique et plusieurs cas d'ophthalmie purulente, dans la bronchite, la dysenterie, la cystite, et dans d'autres affections encore ; il a même été employé par Frédéric Taylor comme diurétique, ce qui permet de supposer que les doses étaient assez considérables et le traitement d'une certaine durée. Aucun de tous les auteurs qui l'ont employé ne signale d'éruption, et dans le Bulletin thérapeutique de 1857, nous trouvons cette phrase : « M. Hardy a fait à l'hôpital Saint-Louis une application très heureuse du copahu à la cure du psoriasis; il commence ce médicament à la dose de 3 grammes et l'élève progressivement jusqu'à 6 grammes par jour. Le copahu détermine habituellement un peu de diarrhée, mais sans compromettre l'appétit ; l'érythème copahivique est excessivement rare ».

Ce fait est des plus intéressants. Dans les affections autres que

la blennorrhagie, c'est tout-à-fait exceptionnellement que le copahu a provoqué des éruptions cutanées. Dans la diphtérie, toutefois, on aurait trouvé des éruptions cutanées qui ont été signalées par MM. Archambault et Rendu. Mais nous nous demandons si précisément ce fait ne vient pas à l'appui de notre thèse, car la diphtérie étant une maladie infectieuse est comme la blennorrhagie susceptible de présenter des manifestations cutanées.

En outre, la suppression du copahu n'est pas indispensable à la disparition de l'érythème, et même l'augmentation de la dose ne ralentit en rien cette disparition. En 1850, un chirurgien de l'Antiquaille, Rodet, continua vainement l'usage des copahiques pour entretenir et prolonger une éruption qu'il destinait aux épreuves d'un concours; elle disparut sous ses yeux en dépit de l'administration, en assez forte quantité, de la potion de Chopart. Et depuis longtemps déjà M. Besnier, et avec lui beaucoup d'autres, chaque fois qu'il se trouve en présence d'une éruption de ce genre, ne supprime plus le traitement, souvent même il augmente la dose du copahu.

D'ailleurs, dans nos deux observations personnelles et dans plusieurs autres que nous avons rapportées, jamais les malades n'avaient absorbé la moindre dose de copahu. Ce copahu, par conséquent, ne pouvait être incriminé dans la production de l'érythème.

De tous ces faits, nous tirons avec M. Besnier la conclusion suivante : « La blennorrhagie pouvant déterminer d'une manière certaine la plupart des manifestations cutanées qui ont été attribuées aux balsamiques en général et au copahu en particulier, ces manifestations ne doivent plus être rapportées à titre banal à l'emploi des balsamiques exclusivement ».

On a fait intervenir aussi le rhumatisme blennorrhagique dans la production de l'érythème. Mais si l'érythème passe, et avec rai-

son, pour être une complication du rhumatisme ; il n'est pas forcément rhumatismal, attendu qu'on le rencontre chez des femmes atteintes de vaginite, leucorrhée, de même que chez des blennorrhagiques sans jamais retrouver la moindre manifestation arthritique.

Les éruptions les plus variées peuvent également apparaître à la suite des opérations pratiquées sur les voies génito-urinaires. Mais ces opérations sont rares dans l'affection qui nous occupe et, de même que le rhumatisme, ne peuvent suffire pour expliquer la production de l'érythème.

Etant donnée la rareté extrême de ces manifestations cutanées, certains auteurs ont voulu voir dans leur production une simple coïncidence avec la blennorrhagie. La blennorrhagie, en effet, n'est pas une maladie qui occupe à un tel degré l'activité de l'organisme, que cet organisme soit incapable de réaliser une éruption quelconque en même temps qu'une blennorrhagie.

A ces objections, il est facile de répondre que la rareté des éruptions blennorrhagiques est due probablement à ce que dans la majorité des cas, la blennorrhagie est une affection bénigne. Elle est d'ordinaire une maladie simplement locale dont l'évolution est exclusivement uréthrale et se fait sans phénomènes généraux, tels que fièvre ou réaction quelconque sur l'organisme.

D'autre part elle frappe d'ordinaire des individus jeunes, robustes, résistants, chez lesquels tous les organes sont en parfait état. Quand elle se complique, c'est à la suite d'écarts de régime, d'excès ou de défauts de soins. C'est ainsi que l'érythème blennorrhagique pourra se montrer à la suite d'un refroidissement, d'une fatigue, et, chez les prédisposés, les érythèmes les plus divers pourront survenir à la suite des causes les plus variées.

L'éruption n'a pas d'influence appréciable sur l'écoulement ; ce fait ne nous semble pas avoir grande importance.

Dans le rhumatisme blennorrhagique, ainsi que l'a montré

M. le professeur Fournier, il n'y a pas non plus de règle en ce qui concerne l'écoulement : tantôt il persiste, tantôt il diminue ou s'arrête complètement, et sa guérison dans le cours du rhumatisme n'a aucune influence sur la marche de celui-ci.

M. Perrin a d'ailleurs invoqué d'autres arguments qui permettent de soutenir la réalité de l'existence des érythèmes blennorrhagiques. Ils apparaissent au moment où la blennorrhagie est dans sa phase active ou bien lorsqu'elle est rebelle au traitement ou encore lorsqu'il s'est produit une rechute consécutive à des excès ou à des fatigues. D'autre part, on peut remarquer que les accidents cutanés s'associent de la manière la plus évidente aux autres manifestations de la chaudepisse, orchite, cystite, et souvent poussées articulaires.

L'ensemble de ces faits paraît donc démontrer que la blennorrhagie est susceptible de s'accompagner de manifestations cutanées qui éclatent au même titre et de la même manière que d'autres accidents : l'épididymite, les arthrites par exemple.

Le rôle pathogénique de la blennorrhagie étant admis, l'interprétation d'un cas d'érythème chez un blennorrhagique reste encore complexe. « Quel est l'élément vraiment pathogénique? Est-ce l'irritation de l'urèthre, du col de la vessie ou l'irritation du rein? Est-ce l'agent virulent de la blennorrhagie, la gonohémie? Est-ce la résorption des éléments ptomaïniques ou la résorption purulente? Est-ce le médicament qui a été administré? Ce peut être chacun d'eux et ce peut être la blennorrhagie prise dans son ensemble, car elle peut s'accompagner d'érythèmes, même en dehors de toute intervention médicamenteuse : c'est alors, probablement, le résultat d'une infection secondaire à laquelle la blennorrhagie a ouvert la voie ou préparé le terrain » (Besnier).

L'hypothèse de l'infection microbienne serait des plus admissibles si l'examen du sang et des liquides épanchés soit dans les articulations, soit dans les séreuses, démontrait d'une façon cons-

tante l'existence du gonocoque Mais cette démonstration est loin d'être faite : nombre d'expérimentateurs sont venus après Neisser discuter ses résultats et leurs travaux ne nous permettent guère du moins pour le moment d'admettre cette théorie séduisante.

Les premières recherches semblaient en effet avoir établi non seulement la nature parasitaire de la maladie, mais encore sa spécificité et le rôle prépondérant du gonocoque. On le trouvait non seulement dans le pus uréthral, mais aussi dans la plupart des tissus ou organes, sièges de complications blennorrhagiques : Haale, Crédé, le trouvaient dans l'ophthalmie des nouveau-nés; Krause, Hirschberg, dans l'ophthalmie blennorrhagique; Arning, dans la bartholinite; Ceppé, dans la péritonite; Pétrone, Krammerer, Bousquet, dans les épanchements articulaires; Bouchard, Pétrone, dans le sang, et Ballet, Landouzy, Andret, attribuaient à l'infection blennorrhagique les érythèmes qui font l'objet de notre étude.

Il est maintenant établi que d'autres microbes diplocoques existent avec le gonocoque dans l'urèthre et que ce dernier existe même en dehors de tout état blennorrhagique. Les autres microbes qui accompagnent le gonocoque sont-ils susceptibles de produire à eux seuls la blennorrhagie? Des expériences de M. Legrand il semble résulter que non; mais ces expériences ne sont pas suffisamment concluantes et ne nous permettent pas de formuler une opinion.

Pour les cultures et les inoculations, les résultats sont également loin d'être absolument démonstratifs. Ils ne le sont pas davantage en ce qui concerne la présence du microbe dans les différents organes malades : le gonocoque si facilement trouvé au début n'a pu être observé par un grand nombre d'auteurs.

Ehrlich, Brieger, Aubert, Strauss, etc., n'ont pu le déceler dans les liquides articulaires; ils admettent que des microbes pyogènes sont absorbés au niveau de l'urèthre malade et vont infecter les articulations par infection secondaire.

Aubert, Roux, Haslund et d'autres microbiologistes éminents l'ont cherché en vain dans le sang comme dans les épanchements articulaires; Haslund se demande même si le gonocoque étant aérobie, on n'est pas en droit de penser qu'il périt au sein des organes profonds où il est privé d'air, pendant qu'au contraire il prospère sur la muqueuse uréthrale où l'air a libre accès.

La thérapeutique antiseptique n'a pas apporté de résultats plus probants. Le traitement abortif et parasiticide est encore à découvrir, en effet; quant aux injections antiseptiques faites localement, elles ont été loin de fournir les résultats que l'on pouvait espérer.

Voici les conclusions d'un travail publié récemment par M. Eraud de Lyon sur ce sujet :

1° Il existe dans l'urèthre de l'homme à l'état sain un microbe staphylocoque uréthral qui est capable de produire l'orchite;

2° Ce microbe, avec les mêmes caractères morphologiques et de réaction, se trouve chez l'adolescent, l'enfant, le nouveau-né;

3° Ce microbe saprophyte présente les mêmes caractères que le microbe trouvé dans l'orchite blennorrhagique, voire même que le gonocoque lui-même qui est parfaitement cultivable;

4° Il y a lieu de supposer, sinon de conclure, que tous ces microbes ne sont qu'un seul et même parasite vivant en saprophyte dans l'urèthre normal et capable, sous l'influence de conditions à nous encore inconnues, de donner lieu à la blennorrhagie.

L'étude de tous ces faits contradictoires montre que, même en admettant le rôle étiologique du gonocoque dans la blennorrhagie, on ne peut, par suite de son absence du sang, admettre comme dues à cet agent infectieux les éruptions que l'on observe dans la blennorrhagie.

Est-ce la résorption purulente qui va nous expliquer l'érythème blennorrhagique?

Les éruptions cutanées de la blennorrhagie ressemblent un peu, il est vrai, aux éruptions cutanées de la pyohémie, mais les manifestations articulaires sont absolument différentes. MM. Guyon et Janet *(Annales des maladies des organes génito-urinaires)* ont montré que les épanchements purulents de la blennorrhagie, caractérisés par la présence de micro-organismes de la suppuration, sont extrêmement rares. Dans la majorité des cas, ces épanchements sont séreux et ne présentent pas plus de gonocoques que d'autres microbes.

Reste la théorie dite réflexe, admise par le professeur Fournier et soutenue par Besnier.

Cette théorie est venue tout naturellement à la suite des travaux de C. Bernard, Vulpian et Brown-Séquard. En 1867, Lewin (de Berlin) déclarait que certains organes ont avec les vaso-moteurs les rapports les plus étroits, en particulier le système uro-génital, l'urèthre surtout. « On sait, dit-il, que la moindre irritation mécanique, le cathétérisme, par exemple, peut amener un grand nombre de manifestations réflexes.

« Les réflexes sensibles se transmettent par les diverses anastomoses du nerf génito-crural et produisent des hyperesthésies et des névralgies dans les parties qu'il innerve. Les réflexes moteurs produisent le spasme du muscle ischio-caverneux et du sphincter de la vessie. Les réflexes vaso-moteurs, enfin, consistent en rougeur et pâleur du visage et en syncope, mais celle-ci fort rare et consécutive à une hyperhémie du cerveau. C'est à un réflexe vaso-moteur que j'attribue les exsudations qu'on observe souvent dans les genoux, et l'on sait qu'on a constaté des hydropisies articulaires après le cathétérisme prolongé et intense. A côté de cette irritation mécanique, l'influence toxique de la blennorrhagie purulente produit en irritant la muqueuse de l'urèthre les mêmes effets et particulièrement les arthropathies, les phénomènes de rhumatisme viscéral et enfin les manifestations cutanées. C'est ainsi que

dans plusieurs cas l'érythème exsudatif multiforme, l'érythème polymorphe de Hébra ont été produits par une excitation des vaisseaux cutanés consécutive à des réflexes partis de l'urèthre ».

Les travaux ultérieurs de Bœck, d'Ausfitz confirment l'existence de dermopathies dans le cours de l'uréthrite, et font jouer aux troubles vaso-moteurs réflexes un rôle capital dans la production des manifestations cutanées survenant dans le cours des affections de l'urèthre.

Cette intervention du système nerveux nous paraît être l'explication la plus rationnelle des différents phénomènes, tels que arthralgies, éruptions plutôt congestives qu'inflammatoires, épanchements séreux qui apparaissent dans la blennorrhagie. Mais la question est encore loin d'être résolue et de nombreuses recherches sont encore nécessaires avant qu'il soit possible d'affirmer le mode pathogénique des affections qui nous occupent. Voici comment M. Besnier s'exprime au sujet de cette théorie nerveuse : « En fait, la dénomination d'angio-névrose constitue un progrès réel dans la conception théorique du mode de production de certaines altérations de la peau ; mais ce serait se leurrer que de croire par là acquise une notion satisfaisante de la série extrêmement variée d'affections réunies sous ce titre. Indépendamment, en effet, des obscurités qui persistent sur le mécanisme intime et sur l'ordre hiérarchique des conflits réciproques qui s'établissent à la périphérie entre l'élément vasculaire et l'élément nerveux, on ne peut oublier que les altérations du sang, l'introduction de substances toxiques, diverses lésions physiques ou fonctionnelles des centres, les altérations à distance des organes les plus divers qui sont, pour la peau, de véritables foyers générateurs de réflexes excessivement variés, et toute une série d'autres causes encore, rendent extrêmement difficile l'interprétation ferme de la plupart des affections dont il s'agit ».

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est souvent des plus délicats. Chez un malade soigné pour sa blennorrhagie, on peut songer à une complication érythémateuse ; mais s'il s'agit d'un malade dont on ignore la blennorrhagie, le diagnostic sera fort difficile. Souvent, en effet, le malade oublie de renseigner le médecin sur un écoulement peu abondant, auquel il ne prête d'ailleurs aucune attention ; et quelquefois même, ne voyant entre cet écoulement et l'érythème aucun rapport, il le nie complètement. On songera donc souvent aux fièvres éruptives : roséole, rougeole, variole, fièvre typhoïde et surtout scarlatine, et on y songera d'autant plus facilement que les phénomènes généraux seront plus accusés. L'évolution de l'érythème, sa forme anatomique, sa localisation, l'âge des sujets, les antécédents, permettront de résoudre la question.

Les éruptions syphilitiques fébriles peuvent aussi être confondues avec les érythèmes blennorrhagiques, surtout si par le fait de la chaudepisse il y a une adénopathie inguinale, ce qui se rencontre quelquefois. Mais celle-ci sera aiguë et douloureuse ; l'absence d'accidents syphilitiques, la marche de la syphilide, son siège, sa couleur, son indolence complète seront des éléments suffisants pour faire le diagnostic.

Le diagnostic avec l'érythème copahivique est beaucoup plus difficile : il est même à peu près impossible lorsque l'éruption survient chez un malade qui a absorbé du copahu. Nous signalerons cependant les principaux caractères de cette éruption qui pourraient aider à établir quelques points différentiels.

L'éruption copahivique, quand elle se produit avec lenteur, est facilement reconnaissable : elle est limitée aux poignets, aux malléoles, aux genoux, aux mains et aux pieds. Mais dans d'autres cas elle se développe d'une manière brusque et rapide, et envahit d'emblée la totalité des téguments s'accompagnant de fièvre, d'embarras gastrique, d'éruption pharyngienne, de chaleur, de cuisson, de prurit à la peau. Suivant l'intensité de l'éruption, elle est constituée par des taches rosées ou rouges, de dimensions variables, se réunissant parfois pour former des plaques rouge vif, saillantes, irrégulières, qui persistent pendant trois ou quatre jours et se terminent par résolution ou par une légère desquamation furfuracée, autant de caractères que nous avons déjà signalés dans l'érythème blennorrhagique.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que la marche de l'éruption ne se fait pas parallèlement à l'administration du médicament; la suppression du copahu ne produit pas toujours la disparition de l'érythème et sa continuation ne la retarde en rien.

Au point de vue du pronostic, ces éruptions n'ont aucune signification précise. Ces érythèmes peuvent présenter des formes extrêmement variables selon la nature de l'agent virulent, selon sa virulence même et sa quantité; mais ils dépendent surtout de la nature du sujet et de ses conditions individuelles qui, beaucoup plus que l'agent irritant, rendront la maladie légère ou grave, bénigne ou maligne.

CONCLUSIONS

La blennorrhagie, maladie infectieuse, est susceptible de déterminer les éruptions cutanées en dehors de toute intervention médicamenteuse.

Ces manifestations cutanées n'ont pas de caractères précis; ce sont des éruptions polymorphes, survenant en général chez des blennorrhagiques qui présentent en dehors de l'écoulement lui-même d'autres symptômes infectieux, et s'accompagnant le plus ordinairement de fièvre et même d'un état général parfois assez grave.

L'absence de gonocoques dans le sang et dans les liquides articulaires ne permet pas d'attribuer l'érythème blennorrhagique à la gonohémie.

L'absence d'autres microbes ne permet pas davantage de l'attribuer à une infection secondaire à laquelle la blennorrhagie aurait ouvert la voie. Il s'agit probablement d'érythèmes angio-nerveux dont la blennorrhagie a déterminé la production par action sur le système vaso-moteur.

Le diagnostic, en général facile, devient presque impossible lorsqu'il s'agit d'une éruption blennorrhagique dans la pathogénie de laquelle a pu intervenir le copahu.

Vu : *Le Doyen*,
A. PITRES.

Vu bon a imprimer :
Bordeaux, le 5 décembre 1892,
Le Président de la thèse,
Dr ARNOZAN.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 7 décembre 1892,
Pour le Recteur,
Le Doyen délégué,
A. PITRES.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ANDRET. — Thèse de Paris, 1884.

BALLET. — *Archives générales de médecine*, 1882.

BALZER. — *Gazette médicale de Paris*, 1884.

BAZIN. — Clinique sur les affections cutanées artificielles, 1864.

BÈS. — Thèse de Paris, 1872.

BESNIER. — *Annales dermatologie*, 1890.

BROCQ. — Traitement des maladies de la peau, 1890.

CULLERIER. — Des affections blennorrhagiques, 1861.

DUHRING. — Traité pratique des maladies de la peau, 1878.

ERAUD. — *Annales dermatologie*, 1880.

FOURNIER. — Société médicale des hôpitaux, 1868.

GUÉNOT. — Thèse de Paris, 1862.

GUYON et JANET. — *Annales des organes génito-urinaires.*

KLIPPEL. — *Annales médico-chirurgicales*, 1885.

LANDOUZY. — Cliniques de la Charité, 1882.

LARREY. — *Bulletin de la Société philomathique*, ventôse an XII.

LEGRAIN. — *Annales dermatologie*, 1888.

MAURIAC. — Notes sur quelques formes d'érythème cubébo-copahivique. *Annales dermatologie*, 1880.

MATHIEU. — Thèse de Paris, 1883.

MÉNARD. — *Annales dermatologie*, 1880.

MESNET. — Thèse de Paris, 1884.

DE MOLÈNES. — *Annales dermatologie*, 1889.

MORIZ KAPOSI. — Pathologie et traitement des maladies de la peau.

PERRIN. — *Annales dermatologie*, 1890 (seconde édition française, 1891).

ROUDAIRE. — Thèse de Paris, 1870.

RAYNAUD. — *Annales dermatologie*, 1891.

SELLE. — *Medicina clinica*, 1781.

16,811. — Bordeaux, Ve Cadoret, impr., rue Montméjan, 17.